

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76 13 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

W21-852335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9466 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NORCHID Abderrazak  
 Date de naissance : 26-12-69  
 Adresse : Rue Tunis Immeuble Saima 2ème étage  
 Apt A NADOR  
 Tél. : 06 72 64 77 70 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LAHLIMI Hamza**  
Spécialiste O.R.L.  
171, Bd. Youssef Ben Tachfine  
NADOR - Tél. 05.36.33.63.05

Date de consultation : 29/04/2024

Nom et prénom du malade : Boufeda Tania Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinite allergique / Coryza chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Nador Le : 29/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-852335

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

29.04.2024	CS		250.04	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29.04.2024 219,60 DHs

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires


# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires


VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

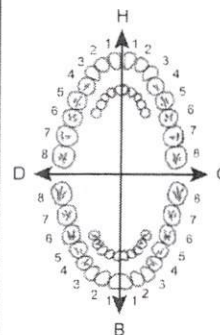
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

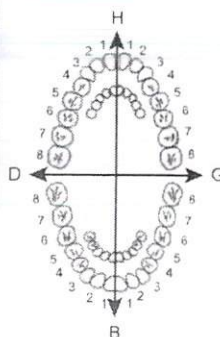
# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور لحليمي حمزة

Dr. LAHLIMI Hamza

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et chirurgie de la face et du cou

Diplômé en ORL - Faculté de Médecine - Fès

C.U de Formation Médicale Spécialisée - UCL - Belgique

D.U d'Otologie et Oto-neurologie - Université de Bordeaux

Ancien Médecin au CHU de Namur - Belgique



(الكبار و الأطفال)  
(Adultes et Enfants)

اختصاصي طب الأنف والأذن والحنجرة  
وجراحة الوجه والعنق

دبلوم التخصص كلية الطب والصيدلة - فاس

شهادة تكوين طبي متخصص - جامعة لوفان بلجيكا

دبلوم طب الأذن و الجهاز العصبي الأذني - جامعة بوردو

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نامور - بلجيكا

Nador, le : 29/04/2024

Mme BOUFEDA TOURIA

## ORDONNANCE

DOLIFEN 400 MG BOITE DE 30

Un comprimé trois fois par jour au milieu du repas si douleur

AVAMYS 27.5 µG/DOSE FLACON DE 120 DOSES

Deux pulvérisations dans chaque narine le matin

ALLERGINE 10 MG BT 10 CPS SECABLES

un comprimé une fois par jour le soir avant de se

3 mois

PHARMACIE ESPAÑA  
EL KADACH ABDELMAKHM  
Av. Méd V N° 47 NADOR  
Tél: 05 36 60 29 95

Dr. LAHLIMI Hamza  
Spécialiste O.R.L.  
NADOR - Tél: 05 36 33 63 05  
N° 185, Bd. Youssef Ben Tachfine  
INSEE: 081235210

TEL : 05 36 33 63 05

E-mail : dr.lahlimi@gmail.com

185 شارع يوسف بن تاشفين مقابل صيدلية ابن سينا (المصعد متوفر) - الناظور

185 Av. Youssef Ben Tachfine (En face pharmacie Ibn Sina) - Ascenseur disponible - Nador



# ALLERGINE® 10mg, Comprimé

## Boîte de 10, 15 & 30 (Loratadine)

ALLERGINE® 10mg

30 comprimés



83,10

...ité de cette notice avant de prendre ce médicament.  
...z avoir besoin de la relire.

...si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à  
...nnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas  
...trait lui être nocif.  
...ent grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans  
...cin ou à votre pharmacien.

..... 10,00 mg  
...ate de magnésium ..... q.s.p 1 comprimé

...s'oppose aux effets de l'histamine, libérée dans l'organisme au cours de

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :

- Il est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 30 kg pour traiter les symptômes :
- de la rhinite allergique.
- de l'urticaire.

### POSOLOGIE

**Adultes et enfants de plus de 30 kg :** la posologie usuelle est de 1 comprimé par jour.  
Ce comprimé dosé à 10 mg n'est pas adapté aux enfants de moins de 30 kg.

La posologie doit être adaptée en cas d'insuffisance hépatique sévère.

**DANS TOUS LES CAS, SE CONFORMER STRICTEMENT À L'ORDONNANCE DE VOTRE MÉDECIN.**

Si vous avez l'impression que l'effet de ALLERGINE® 10 mg, comprimé est trop fort ou trop faible, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

### MODE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

Avaler le comprimé à l'aide d'un verre d'eau.

Ce médicament peut être pris indifféremment par rapport aux repas (pendant ou en dehors des repas).

### CONTRE-INDICATIONS :

Ne prenez jamais ALLERGINE® 10 mg, comprimé si vous êtes allergique à la loratadine ou à l'un des autres composants de ce médicament.

### EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, ALLERGINE® 10 mg, comprimé est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Possibilité de :

• Maux de tête, nervosité, fatigue, somnolence, augmentation de l'appétit, insomnie (difficulté à dormir).

Très rarement :

• Hypersensibilité (réaction allergique), vertiges, tachycardie (accélération du rythme cardiaque), palpitations, nausées, bouche sèche, douleur d'estomac, troubles des fonctions hépatiques (foie), rash (éruption cutanée), chute de cheveux, fatigue.

Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si certains effets indésirables deviennent graves, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

### MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI :

Faites attention avec ALLERGINE 10 mg, comprimé :

Prévenez votre médecin en cas de maladie grave du foie.

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.  
L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en

# Dolifen® 400 mg

Ibuprofène

comprimé pelliculé

**Veillez lire attentivement l'intégrité de cette notice avant de prendre le médicament car elle contient des informations importantes.**

PDV: 29DH00

PER: 06/25

LOT: M1441

**Dolifen® 400 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 042174

composants contenus dans ce médicament, à partir du 8ème mois de grossesse. Si vous avez des antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de médicaments, notamment autres anti-inflammatoires stéroïdiens, aspirine, antécédents d'allergie aux autres constituants, ulcère de l'estomac ou du duodénum en évolution, saignement, maladie grave du foie, maladie grave des reins, maladie grave érythémateux disséminé, antécédents de rectocolite hémorragique, de Crohn, antécédents de saignement digestif ou de perforation, décours d'un traitement antérieur par anti-inflammatoires, situation entraînant une augmentation du risque de saignement.

#### **Avertissements et précautions**

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Dolifen 400 mg, comprimé pelliculé :

La survenue d'effets indésirables peut être minimisée par l'utilisation de la plus faible dose possible pendant la durée de traitement la plus courte pour soulager les symptômes. A forte dose, supérieure à 2400 mg/jour, ce médicament possède des propriétés anti-inflammatoires et peut entraîner des effets indésirables graves qui sont ceux observés avec les autres anti-inflammatoires. Les médicaments anti-inflammatoires/anti-infectieux sont susceptibles d'être associés à un risque légèrement accru de complications cardiaques ou d'accident vasculaire cérébral, en particulier quand les doses sont élevées. Ne pas dépasser la dose ou la durée de traitement recommandées. Discutez de votre traitement avec votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre DOLIFEN® 400 mg, comprimé pelliculé si vous :

- avez des problèmes cardiaques dont une insuffisance cardiaque, une maladie coronarienne ou si vous avez eu une crise cardiaque, un pontage coronarien, une artériopathie périphérique ou toute sorte d'accident vasculaire cérébral
- avez une tension artérielle élevée, du diabète, un cholestérol élevé, des antécédents familiaux de maladie cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral

En cas de prise prolongée de médicaments antalgiques, il y a un risque de maux de tête. Il ne faut pas traiter ces maux de tête par d'autres médicaments plus importants que ceux recommandés d'antalgiques. La consigne est de ne pas dépasser la dose recommandée. La consigne est de ne pas dépasser la dose recommandée. La consigne est de ne pas dépasser la dose recommandée. AVANT D'UTILISER CE MEDICAMENT, PRENEZ VOTRE MEDICAMENT.

- D'antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de DOLIFEN® 400 mg, comprimé pelliculé peut entraîner une crise d'asthme, une gêne respiratoire, des angioedèmes notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien.

- De prise d'un traitement anticoagulant car l'ibuprofène peut inhiber la fonction plaquettaire sanguine. Ce médicament peut entraîner des manifestations graves du système digestif.

- D'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragies digestives, ulcère de l'estomac ou du duodénum anciens).

- De maladie du cœur, d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle, maladie du foie ou du rein. La prise concomitante de plusieurs médicaments anti-douleur, peut généralement conduire à des troubles fonctionnels.

#### **AU COURS DU TRAITEMENT, EN CAS :**

- De troubles de la vision, PRENEZ UN MEDECIN.
- D'hémorragie gastro-intestinale, ARRETEZ LE TRAITEMENT IMMEDIATEMENT UN MEDECIN OU UN SERVICE MEDICAL D'URGENCE.



**Notice :**  
**information de l'utilisateur**

# Avamys

ID: 654209  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 107,50 DH  
6 118001 142262

pulvérisation,  
aspiration nasale

**lisez attentivement cette notice avant de prendre le médicament. Elle contient des informations**

**importantes pour vous.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin, votre pharmacien ou votre infirmier(ère).
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, qu'il soit mentionné ou non dans cette notice, parlez-en à votre médecin, à votre pharmacien ou à votre infirmier(ère). Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ? :

1. Qu'est-ce qu'Avamys et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Avamys
3. Comment utiliser Avamys
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Avamys
6. Autres informations importantes



## Enfants et adolescents

Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 6 ans.  
Le traitement par Avamys :

- peut, lorsqu'il est pris pendant longtemps, ralentir la croissance chez l'enfant. Votre médecin vérifiera régulièrement la taille de votre enfant, et s'assurera que celui-ci prend la dose efficace la plus faible.
- peut entraîner des troubles oculaires comme un glaucome (augmentation de la pression à l'intérieur de l'oeil) ou une cataracte (voile au niveau du cristallin de l'oeil). Contactez votre médecin si vous avez déjà eu de tels troubles ou en cas de vision floue ou d'autres troubles visuels au cours de votre traitement par Avamys.

## Autres médicaments et Avamys

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, y compris les médicaments obtenus sans ordonnance.  
Il est particulièrement important de dire à votre médecin si vous prenez ou avez récemment pris les médicaments suivants :

- corticoïdes en comprimés ou injectables
- corticoïdes en crème
- médicaments pour l'asthme
- ritonavir ou cobicistat, utilisés pour traiter le **Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)**
- kétoconazole, utilisé pour traiter les **infections fongiques (champignons)**.

Votre médecin évaluera si vous pouvez prendre Avamys avec ces médicaments. Votre médecin peut être amené à vous suivre plus particulièrement si vous prenez l'un de ces médicaments car ils peuvent augmenter les effets indésirables d'Avamys.

Avamys ne doit pas être utilisé en même temps que d'autres médicaments pour pulvérisation nasale contenant des corticoïdes.

## Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, si vous pensez être